

## SOLICITUD PARA UNA ACTA DE DEFUNCION CERTIFICADA

**NOTA: Pedidos recibidos por correo deben ser acompañados por la declaración jurada adjunta (vea las instrucciones).**

El código de Salud y Seguridad de California, sección 103526, permite que solamente personas autorizadas como se define abajo pueden recibir una acta de defunción certificada. Aquellas personas que no son autorizadas legalmente para recibir una copia certificada recibirán una copia certificada marcada **“INFORMACIONAL, DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA ESTABLECER IDENTIDAD.”** Por favor indique si necesita una Acta de Defunción Certificada o una Acta de Defunción Informacional. Para cualquier pregunta, por favor comuníquese con nuestra oficina al (909) 387-9155.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Me gustaría una <b>Copia Certificada</b> del acta identificada en la aplicación. Para recibir una <b>Copia Certificada</b> , debe indicar su relación con la persona nombrada en la aplicación seleccionando de la lista de abajo.) | <input type="checkbox"/> Me gustaría una <b>Copia Informacional</b> del acta identificada en la aplicación. <b>(No necesita seleccionar de la lista de abajo para recibir una Copia Informacional.)</b> |
|--|---|

Yo soy: Por favor marque lo apropiado.

- El padre o tutor legal del registrado.
- Una persona con derecho a recibir el acta como resultado de una orden de la corte, o un abogado o una agencia con licencia necesitando el acta para cumplir con los requisitos de la sección 3140 o 7603 del código familiar.
- Un miembro de una agencia legal o representante de otra agencia de gobierno, legalmente, para conducir negocios oficiales.
- Un hijo/a, abuelo/a, nieto/a, hermano/a, esposo/a, o compañero domestico del registrado.
- Un licenciado representante del registrado o de los bienes del registrado, o cualquier persona o agencia apoderada o señalada por la corte para actuar en representación del registrado o los bienes del registrado.
- Un director de funeraria que requiera copias certificadas en representación de algún individuo especificado en el párrafo de (1) hasta él (5) arriba.

### INFORMACION DEL APLICANTE (POR FAVOR IMPRIMA O ESCRIBA A MAQUINA)

Nombre impreso / En Molde	Firma	Fecha	Número de teléfono –Código de área primero ( )	
Dirección – Número, Calle	Ciudad		Estado	Código Postal
Nombre de la persona que recibirá las copias, si es diferente del de arriba	Número de copias	Cantidad adjunta	Correo electrónico	
Dirección Postal, Si es diferente de la de arriba	Ciudad		Estado	Código Postal

### INFORMACION DEL ACTA DE DEFUNCION (POR FAVOR IMPRIMA O ESCRIBA A MAQUINA)

Primer Nombre en el acta –	Segundo Nombre –	Apellido –
Ciudad donde falleció		Lugar donde falleció – Condado
Fecha en que falleció – Mes, Día, Año ( Sino sabe fecha aproximada)		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino

## **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR APLICACIÓN PARA ACTA DE DEFUNCION**

Cuando requiera una copia de una acta, por favor indique si quiere una **copia certificada** o una **copia informacional**. Marque la caja que corresponda.

**SI PIDE UNA COPIA CERTIFICADA:** Por favor indique su relación a la persona en el acta marcando la caja que corresponda.

**PARA SOLICITAR SU ACTA EN PERSONA:** Debe de llenar una aplicación y debe de firmar una declaración jurada en presencia de una persona representante de la oficina de registros vitales.

**PARA SOLICITAR SU ACTA POR CORREO:** Deberá completar la declaración jurada y firmarla en presencia de un notario publico.

**NOTA:** Solo necesita una declaración jurada si pide actas múltiples al mismo tiempo, pero el nombre de cada individuo por quien esta pidiendo el acta deberá ser incluido y su relación con la persona en el acta.

### **INFORMACIÓN DEL APLICANTE:**

**NOTA:** Si la persona que pida el acta es diferente de la persona a quien se le va ha enviar por correo por favor complete la segunda parte de esta sección.

**INFORMACIÓN DEL ACTA DE DIFUNCION:** Complete toda la sección.

**NOTA:** Use una aplicación separada para cada acta individual que requiera. (Si envía su pedido por correo, recuerde identificar cada acta que requiera en la Declaración Jurada.)

### **COSTO:**

**Acta de Defunción    \$12.00 por cada copia**

**NOTA:** Si el acta no es localizada el pago será detenido por buscar como es requerido por ley. Si envía su aplicación por correo, indique cuantas copias necesita y asegúrese de enviar dinero suficiente; Puede enviar cheque personal, giro posta o giro bancario (giro postal internacional solo sí el pedido viene de fuera del país) a nombre de **San Bernardino County**.

Envíe esta aplicación y el pago a County of San Bernardino, Vital Statistics Section, 340 N. Mt. View Ave, San Bernardino, CA 92415-0010-ESB.

### DECLARACIÓN JURADA

*(Debe completar esta aplicación en presencia de un Notario Público o Personal de Registros Vitales)*

Yo, \_\_\_\_\_, declaro bajo pena de perjurio de las leyes del Estado de California, que  
(Nombre impreso del Solicitante)

estoy autorizado, como está descrito en el Código de Salud y Seguridad de California sección 103526(c), y soy elegible a recibir copia(s) certificada(s) del acta de nacimiento o defunción de la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre de la persona en el Acta (Registrado)	Relación del solicitante a la persona en el Acta. (Debe estar en la lista de la Página 1 de la Aplicación)

Jurado este \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.  
(Dia) (Mes) (Ciudad) (Estado)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Solicitante)

**Nota: Si envía su orden por correo, debe tener su Declaración Jurada notarizada usando el Certificado de abajo. El Certificado debe completarse por un Notario Público.**  
**(Law enforcement and local and state governmental agencies are exempt from the notary requirement.)**

### CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGE

State of California )  
County of \_\_\_\_\_)

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_, personally appeared \_\_\_\_\_,  
(insert name and title of officer)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument. I certify under the PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.  
(SEAL)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE